



Spett. le
CASPIE
Via Ostiense, 131/L corpo "D" – 6° piano
00154 ROMA



e p.c. Spett. le
Fondo Mutuasalus-Cramas
Via Sardegna, 129
00187 Roma (RM)

MODELLO "D" – ADESIONE "CURE DENTARIE" (da trasmettere entro e non oltre il 31.1.2018)

Il/La sottoscritto/a _____ (cognome) _____ (nome) _____ (telefono) _____ (e-mail)

Socio/a del Fondo Mutuasalus sms, in qualità di Socio della B.C.C. di Roma e della Cramas sms chiede di estendere le proprie garanzie di ASSISTENZA BASE al programma sanitario "Cure Dentarie" della CASPIE che ha inizio alle ore 00.00 del 01/01/2018 e termine alle ore 24.00 del 31/12/2019, con tacito rinnovo alla fine di ogni biennio successivo alla prima scadenza del 31/12/2019:

Disciplinare Assistenza "Cure Dentarie" – Socio della B.C.C. di Roma (1) OPZIONE (2) OPZIONE	CONTRIBUTO ASSOCIATIVO ANNUO PER OPZIONE (1): EURO 300,00 PRO-CAPITE CONTRIBUTO ASSOCIATIVO ANNUO PER OPZIONE (2): EURO 380,00 PRO-CAPITE
--	--

al fine di fruirla con i familiari con lui di seguito elencati:

Cognome e Nome	Rapporto di parentela con il richiedente	Data di nascita	Luogo di nascita	Sesso (1)	Familiare fisc. a carico (2)	Indirizzo completo					Codice fiscale
						Via / Piazza	n.	Cap	Città	PR	
1	TITOLARE	__/__/__			/						
2		__/__/__									
3		__/__/__									
4		__/__/__									
5		__/__/__									

Dichiara espressamente che i dati sopra indicati, con riferimento alla posizione di carico fiscale ed allo stato di convivenza, risultano corrispondenti alla realtà e che i familiari di cui sopra sono compresi per intero (come da stato di famiglia). Pertanto si impegna a corrispondere l'importo relativo ai contributi assistenziali a carico dello scrivente per l'assistenza sanitaria erogata dalla CASPIE rilasciando al Fondo Mutuasalus / Cramas apposita autorizzazione di addebito del proprio conto corrente. Detto importo dovrà essere riconosciuto a nome del sottoscritto alla CASPIE stessa secondo le modalità da questa comunicate.

Dichiara altresì di ben conoscere la normativa sottoscritta tra la CASPIE e il Fondo Mutuasalus - Sezione Cramas e di accettarla in ogni sua parte senza alcuna riserva od eccezione, con particolare riguardo a quanto contenuto nell' art. 4 del Disciplinare relativamente ai termini di fruizione delle prestazioni.

Il/i sottoscritto/i dichiara/ano di aver letto l'informativa dietro riportata e di rilasciare il consenso al trattamento da parte della CASPIE dei propri dati personali e sensibili per le finalità di assistenza sanitaria integrativa e con le modalità indicate nella stessa informativa.

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione, il/i sottoscritto/i esprime/ono il consenso anche nei confronti degli specifici soggetti di cui all'elenco richiamato nell'informativa (specialisti medici, compagnie di assicurazioni e loro società di servizi, nonché eventualmente, in casi particolari, società di intermediazione assicurativa, consulenti legali o fiscali), per il trattamento dei dati personali e sensibili strettamente necessari allo svolgimento da parte della CASPIE delle attività di gestione delle pratiche di rimborso delle spese sanitarie.

Data..... Firma del Titolare.....e dei familiari maggiorenni

- (1) Indicare "M" o "F" a seconda del sesso.
- (2) Indicare "SI" o "NO" a seconda che il familiare risulti o meno fiscalmente a carico.



INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

La CASPIE, con sede in Roma, Via Ostiense n. 131/L corpo "D" – 6° piano, in qualità di "titolare" del trattamento, è tenuta a fornire agli assistiti alcune informazioni, ai sensi dell'art.13 del DLGS 196/2003, riguardanti la raccolta e l'utilizzo dei loro dati personali ai fini dello svolgimento dell'attività di assistenza sanitaria integrativa, nonché dell'erogazione delle relative prestazioni e servizi.

Allo scopo, di seguito forniamo una precisa informativa, unitamente al modulo di adesione alla CASPIE, contenente anche il riquadro per la manifestazione del consenso, che Le chiediamo di compilare, di sottoscrivere, di far leggere e sottoscrivere dai suoi familiari maggiorenni (intendendo tutti i nominativi degli assistiti) ai quali i dati eventualmente si riferiscono.

La invitiamo inoltre a trattenere copia del modulo che, debitamente compilato anche dai propri familiari maggiorenni (quando necessario), verrà restituito alla CASPIE.

I dati personali in possesso della CASPIE sono:

- forniti direttamente dall'assistito (come nel caso dei dati di tipo sanitario),
- oppure sono raccolti per il tramite dell'azienda da cui l'interessato dipende, al momento dell'avvio del rapporto di lavoro; successivamente nel corso del prosieguo del rapporto di lavoro quando si verificano variazioni definitive o provvisorie dei dati stessi, quando la stessa azienda è parte attiva in alcune fasi della procedura di rimborso.

Le informazioni raccolte riguardano: i dati anagrafici, la qualifica aziendale se comunicata, le generalità dei familiari e/o componenti il nucleo assistito, le certificazioni mediche soggette a rimborsi.

Per l'adempimento degli specifici obblighi assistenziali assunti, la CASPIE viene necessariamente a conoscenza di tali dati, personali e sanitari, senza dei quali non sarebbe possibile il completo rimborso delle spese mediche sostenute ed una corretta gestione delle relative pratiche.

Può accadere inoltre che la CASPIE, sempre nel trattamento dei documenti e dati sanitari indispensabili per l'espletamento delle pratiche di rimborso (ad esempio, certificati di gravidanza e maternità; certificati di invalidità e appartenenza a categorie protette), possa venire occasionalmente in possesso anche di altri dati che, per la loro natura, la legge definisce sensibili (in quanto da questi dati possono eventualmente desumersi l'origine razziale ed etnica dell'interessato, le sue convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni di carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché aspetti relativi alla vita sessuale).

Per il trattamento dei Suoi dati sanitari e di eventuali altri dati di natura sensibile, ove strettamente necessari per l'erogazione di prestazioni e servizi della CASPIE, la legge sulla privacy richiede una Sua specifica manifestazione di consenso, che troverà nell'allegato modulo.

I dati sono trattati, mediante l'impiego di idonee misure di sicurezza e riservatezza, nell'ambito della normale attività di assistenza sanitaria integrativa della CASPIE, attraverso l'utilizzo di strumenti anche informatici e telematici e con modalità strettamente correlate, in particolare, al perseguimento delle finalità di:

- gestione delle pratiche di rimborso delle spese sanitarie sostenute,
- erogazione del servizio di consultazione dei dati sanitari, eventualmente attivato dall'assistito,
- fornitura degli altri servizi di urgenze e prenotazioni di prestazioni sanitarie, consulenza sanitaria, assistenza domiciliare, ecc.,
- adempimento di obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dalle normative comunitarie, nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e controllo.

Salva diversa indicazione dell'interessato, alcuni dati, non sensibili, possono essere utilizzati dalla CASPIE per migliorare i rapporti con gli assistiti o per inviare comunicazioni ed informazioni relative alle proprie attività e prossime iniziative (ad esempio, pubblicazioni e riviste periodiche della Cassa).

Per lo svolgimento di diverse attività la CASPIE ha l'esigenza di comunicare alcuni dati degli assistiti anche a società o soggetti esterni di propria fiducia, che possono utilizzarli, in qualità di autonomi titolari o di responsabili del trattamento, per l'effettuazione di lavorazioni necessarie per l'erogazione delle prestazioni o dei servizi richiesti, o per svolgere attività di supporto al funzionamento ed all'organizzazione del lavoro d'ufficio e delle pratiche di rimborso in genere.

In particolare, i dati sanitari forniti dagli assistiti non sono divulgati a terzi e possono essere comunicati, per la gestione, l'omologazione e la liquidazione delle richieste di rimborso, soltanto a:

- specialisti medici o consulenti comunque esercenti le professioni sanitarie,
- compagnie di assicurazioni collegate alla CASPIE e loro società di servizi,
- in casi particolari, società di intermediazione assicurativa, consulenti legali e fiscali.

Alle società o compagnie convenzionate con la CASPIE per l'erogazione degli altri servizi di urgenze e prenotazioni di prestazioni sanitarie, consulenza sanitaria, assistenza domiciliare, ecc. sono comunicati solo i dati anagrafici necessari a comprovare l'adesione alla Cassa.

L'elenco di tali specifici soggetti, società e professionisti è comunque disponibile presso la CASPIE e potrà essere consultato in qualunque momento.

In qualsiasi momento, l'assistito potrà verificare i dati che lo riguardano, ed eventualmente farli correggere, aggiornare o cancellare (ai sensi dell'art. 7 del DLGS 196/2003), scrivendo o contattando la CASPIE ai recapiti sopra indicati.

Tali richieste ed ulteriori informazioni potranno essere rivolte anche alla Sig.ra Giuseppe Ciolino, quale "responsabile" del trattamento, presso la sede di Roma, Via Ostiense n. 131/L corpo "D" – 6° piano.



Ai sensi e per gli effetti degli artt.1341 e 1342 cod. civ. il/la sottoscritto/a dichiara di conoscere, approvare e accettare specificatamente le norme secondo le quali:

- Il Programma Sanitario ha durata biennale (con prima scadenza al 31 dicembre 2019) e tacito rinnovo, tranne nel caso in cui le parti contraenti **Caspie** e **Fondo** recedano dalla Convenzione entro 60 gg. dalla scadenza di ciascun anno assistenziale. L'Assistito, oltre alla facoltà di rescindere la copertura entro la fine di ciascun biennio (31/12/2019 per biennio con decorrenza 01/01/2018), ha facoltà di revoca entro la fine di ogni anno assistenziale in caso di variazioni normative e/o contributive o al verificarsi degli altri eventi di cui all'art. 7, lettera B del Disciplinare Base CASPIE – Anni 2018 / 2019 (mod. SDI2018FMSBCCROMA).
- Il Programma Sanitario decorre dalle ore 00:00 del 1 gennaio 2018 e scade alle ore 24:00 del 31 dicembre 2019, purché il Socio chieda l'inserimento in garanzia entro e non oltre il 31.01.2018 e abbia effettuato il pagamento del contributo associativo annuo previsto.
- Il Programma Sanitario è riservato ai Soci della B.C.C. di ROMA e/o della CRAMAS ed ai componenti dei relativi nuclei familiari che non abbiano superato l'80° anno di età alla data di inserimento in garanzia.
- Per fruire dell'assistenza odontoiatrica è obbligatoria la preliminare adesione all'assistenza base di cui al Disciplinare CASPIE – Anni 2018 / 2019 (mod. SDI2018FMSBCCROMA).
- E' richiesta l'obbligatorietà di iscrivere l'intero nucleo familiare (per nucleo familiare del Socio si intende quello costituito dal coniuge, purché non legalmente separato; convivente more uxorio e figli del socio o del convivente risultanti dal certificato di stato di famiglia; sono comunque compresi i figli non conviventi purché fiscalmente a carico). E' richiesta l'esatta indicazione della situazione fiscale dei familiari al momento dell'adesione: l'errata indicazione della situazione fiscale può essere motivo di mancata liquidazione da parte della CASPIE.
- Il Programma Sanitario prevede due opzioni ciascuna delle quali garantisce cure dentarie ben definite, riportate nell'art. 4 del Disciplinare CASPIE "*Cure Dentarie*" – Anni 2018 / 2019 (mod. SDI2018FMSBCCROMA – OPZIONE CURE DENTARIE).
- Le prestazioni garantite dal Programma Sanitario vengono erogate esclusivamente in convenzione diretta con la CASPIE per il tramite delle Strutture Odontoiatriche appartenenti al suo Network.
- Il Programma Sanitario prevede la soluzione delle controversie di natura medica sulla indennizzabilità del sinistro attraverso arbitrato irrituale.
- Il Programma Sanitario è garantito da Convenzione stipulata con CASPIE che è l'unico soggetto obbligato alle prestazioni di cui al Disciplinare; pertanto, in caso di controversie, il Fondo, tramite la propria Sezione CRAMAS, metterà a disposizione dell'Assistito la Convenzione predetta affinché possa far valere i suoi diritti.

_____, li ____/____/_____

Firma dell'Assistito (leggibile)

Il/La sottoscritto/a, per il tramite della Mutua CRAMAS, Sezione del Fondo Mutuasalus s.m.s., autorizza l'addebito del contributo associativo annuo sul proprio conto corrente n° _____ intrattenuto presso l'Agenzia n° _____ della Banca di Credito Cooperativo di Roma.

L'addebito pari ad Euro _____, sarà:

ripartito in n. _____ ratei trimestrali anticipati grazie all'agevolazione concessa dalla BCC di ROMA. Tali ratei debbono avere una valuta comunque non superiore alla data del 31/12 dell'anno di copertura.

in un'unica soluzione entro il 31/01 dell'anno di copertura.

Il contributo associativo annuo è differenziato in base al numero dei componenti del nucleo familiare del Socio secondo quanto stabilito e riportato nel Disciplinare CASPIE consegnato al Socio all'atto del rinnovo.

Nel caso in cui la BCC di ROMA non concedesse all'assistito l'agevolazione per il pagamento rateizzato del contributo associativo richiesto, l'addebito sarà effettuato in un'unica soluzione entro il 31/01.

In caso di mancato pagamento del contributo associativo da parte dell'iscritto, l'assistenza di cui al Programma Sanitario garantito da CASPIE non sarà erogata a norma dell'art. 8 dello statuto sociale del Fondo Mutuasalus s.m.s..

_____, li ____/____/_____

Firma dell'Assistito (leggibile)